LES
INFECTIONS SALIVAIRES
CHEZ LE
NOUVEAU-NÉ ET LE NOURRISSON

N° 61

9

Les Infections Salivaires

CHEZ LE

NOUVEAU-NÉ ET LE NOURRISSON

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 1er JUILLET 1905

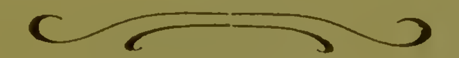
PAR

Henri BANNELIER

Né à Souk-Ahras (Algérie)

PROSECTEUR D'ANATOMIE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE
INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE
LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX
ANCIEN AIDE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER
IMPRIMERIE MESSIET ET JEANJEAN
14-16, Rue des Étuves, 14-16

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)................ Doyen
TRUC...................... Assesseur

PROFESSEURS

Clinique médicale..................................	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale..............................	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie............	GRYNFELTT.
— — M. Guérin (ch. du cours).	
Thérapeutique et matière médicale.............	HAMELIN (✻).
Clinique médicale..................................	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	MAIRET (✻).
Physique médicale..................................	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale........	GRANEL.
Clinique chirurgicale..............................	FORGUE.
Clinique ophtalmologique..........................	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie....................	VILLE.
Physiologie..	HEDON.
Histologie...	VIALLETON.
Pathologie interne.................................	DUCAMP.
Anatomie..	GILIS.
Opérations et appareils...........................	ESTOR.
Microbiologie.......................................	RODET.
Médecine légale et toxicologie..................	SARDA.
Clinique des maladies des enfants...............	BAUMEL.
Anatomie pathologique.............................	BOSC.
Hygiène..	H. BERTIN-SANS.

Professeur-adjoint : M. RAUZIER
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻
Secrétaire honoraire : M. GOT.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..................................	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards...	RAUZIER, agrégé libre. Professeur-adjoint.
Pathologie externe..............................	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale.............................	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE	MM. VIRES	MM. SOUBEIRAN
de ROUVILLE	VEDEL	GUERIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	Ed. GRYNFELTT
RAYMOND	ARDIN-DELTEIL	

M. IZARD, *secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	MM. BAUMEL, *président.*
	RAUZIER.
	VIRES.
	ARDIN-DELTEIL.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

H. BANNELIER.

A TOUS CEUX QUI SE MONTRERENT
BONS POUR MOI

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR BAUMEL

H. BANNELIER.

Ceux qui me connaissent savent avec quels regrets je quitterai la vie d'étudiant. Durant ces trop brèves années j'ai passé comme interne, externe ou préparateur sous presque tous les maîtres ; aussi, pour citer ceux qui ont droit à ma reconnaissance, il me faudrait les nommer tous. Quant à mes camarades ils furent nombreux, — de tous je garde un agréable souvenir, — quelques-uns resteront toujours pour moi des amis, il en est un que j'aime comme un frère.

L'idée première de ce travail m'a été donnée par M. le professeur d'Astros, dont j'eus l'honneur d'être l'interne à la Clinique infantile ; aussi suis-je heureux de pouvoir rendre un public témoignage de mon respect et de ma reconnaissance tant au Maître pour les enseignements qu'il m'a prodigués qu'au médecin dont j'eus, personnellement, à apprécier la science et la bonté.

Dans cette thèse, je ne me propose d'étudier que les infections salivaires proprement dites ; je ne dirai rien de l'adénophlegmon, absolument hors de mon sujet, ni des oreillons, affection aiguë, primitive, protopathique et spécifique, tout à fait exceptionnelle enfin chez le nouveau-né.

Je ne m'occuperai que de l'inflammation des glandes mêmes.

Cet ordre de lésions est rare chez le nouveau-né et le nourrisson ; les observations publiées sont toutes récentes : c'est ainsi que Chassande Baroz est le premier à signaler la sous-maxillite. Au point de vue pathogénique on s'est borné à étendre au nouveau-né les conclusions des recherches sur les infections salivaires en général : on n'a pas attiré l'attention sur les rapports qui peuvent exister entre l'infection et la physiologie salivaire du nouveau-né. C'est là un point sur lequel j'insiste particulièrement.

Et c'est pourquoi mon chapitre I est une étude des glandes salivaires au point de vue de l'évolution anatomique et de la physiologie chez le nouveau-né et le nourrisson. Passant ensuite dans le chapitre II à l'étude bactériologique de la bouche du nouveau-né, j'aborde dans le chapitre III la pathogénie et l'étiologie des infections salivaires, en insistant sur le caractère spécial que leur donne cette physiologie particulière, et en tâchant d'établir les rapports qui existent entre la salivation et l'infection. Le chapitre IV contient l'exposé des symptômes, l'anatomie pathologique et le diagnostic. La marche, le pronostic et le traitement font l'objet du dernier chapitre. Je donne, enfin, trois nouvelles observations de parotidites et deux de sous-maxillite, recueillies dans le service de M. le professeur d'Astros. On voudra bien pour les indications bibliographiques se reporter à l'Index qui termine cette thèse.

LES INFECTIONS SALIVAIRES CHEZ LE NOUVEAU-NÉ ET LE NOURRISSON

CHAPITRE I

Au moment de la naissance, si les glandes salivaires accessoires ne sont pas toutes entièrement développées, les sous-maxillaires et les parotides du moins semblent être arrivées au point de vue morphologique au terme de leur évolution. D'ailleurs, les groupes glandulaires accessoires (glandes molaires, labiales, de la face inférieure de la langue, de la voûte palatine, du voile du palais) sont peu importantes ; seules les sublinguales, les sous-maxillaires et les parotides existent pour le physiologiste : d'ailleurs, n'ayant point rencontré d'inflammation de la glande sublinguale, seule l'étude de la sous-maxillite et de la parotide m'arrêtera.

Il importerait donc de savoir si à ce développement apparemment complet correspondent des fonctions physiologiques équivalentes. La plupart des classiques ne donnent sur ce sujet que de vagues indications. Si l'on veut poursuivre la question, on découvre que les auteurs ne sont pas absolument d'accord.

Tout d'abord Bierry, qui a étudié les ferments de l'embryon, en opérant sur des fœtus d'ovidés et de bovidés, n'a pas recherché si les glandes salivaires fœtales possédaient le ferment amylolytique.

Cette recherche n'a été faite qu'après la naissance. Or pour Maurice Letulle l'absence de salive est constante chez le nouveau-né jusqu'au 3me ou 4me mois. Longet dit textuellement : « La salive paraît manquer pendant les deux premiers mois et longtemps encore elle reste peu abondante, les glandes qui la sécrètent étant peu développées. » Nous avons vu plus haut qu'au contraire ces glandes étaient parfaitement développées. Saint-Philippe, Longet, Roger, Bouchut, attribuent à l'évolution dentaire l'influence déterminant l'apparition de la salivation. Il en est de cette sécrétion comme de celle des larmes, dit Bouchut, elle ne s'établit que vers 5 ou 6 mois aux approches de l'évolution dentaire et probablement sous l'influence de l'excitation gingivale. Il est incontestable que l'évolution dentaire a une influence sur la salivation ; mais cette salivation plus abondante, déterminant la bave chez le nourrisson, peut être également due à d'autres causes, comme l'a montré Sanchez de Silvera. Et il est à présumer que, physiologiquement, cette salivation réflexe, comparable aux autres phénomènes d'hypersécrétion qui s'observent sur toute la longueur du tube digestif au moment de la dentition, n'est pas en rapport avec l'apparition d'une fonction nouvelle de l'organisme : la fonction existait déjà. En effet Vogel affirme que la salive existe dès le début de la vie et possède la propriété de transformer l'amidon en sucre comme chez l'adulte, mais à un degré moindre. Schiffer, en plaçant dans la bouche de jeunes enfants de petits sacs de tulle remplis d'empois d'amidon, constate également le fait. Korowin confirme ces

expériences en employant la salive mixte obtenue en exprimant de petites éponges préalablement placées dans la bouche. Zweifel, par l'emploi des infusions de glandes salivaires, prouve que la parotide contient de la ptyaline dès les premiers mois : après les deux premiers mois les fonctions de la sous-maxillaire sont également constatables. Il faut donc admettre que la sécrétion salivaire existe dès les premiers jours de la vie extra-utérine. Mais il faut aussi reconnaître avec Forcheimer que, si le ferment amylolytique existe, le rôle de la salive est bien réduit, et l'on conçoit qu'on ait pu la nier. En effet, le nourrisson pourrait parfaitement s'en passer. La mastication, l'imbibition des aliments, sont inutiles, et la déglutition en est aisée : l'aliment unique étant le lait ; ce dernier ne contient pas d'amidon, à quoi bon un ferment saccharifiant? Enfin, si l'on admet avec Kussmaul que le nouveau-né distingue assez bien les substance douces de celles qui sont amères, acides ou salées, il n'en est pas moins vrai que le sens du goût est généralement obtus chez lui. Nous admettrons donc que la fonction salivaire existe chez le nouveau-né dès les premiers jours de la vie : mais la sécrétion est peu abondante pendant les trois premiers mois, aussi à cette époque la bouche est-elle sèche et c'est un obstacle absolu, quoi qu'en ait pu dire Heubner, à l'administration des bouillies féculentes. D'ailleurs en cas de diarrhée, de débilité, d'athrepsie, la salive parotidienne elle-même qui est la plus abondante diminue ou fait défaut. Et nous verrons l'importance de ces faits pour l'étiologie et la pathogénie des infections.

CHAPITRE II

Au point de vue bactériologique, les glandes salivaires sont-elles aseptiques ? Chez le fœtus tout est aseptique, les glandes salivaires, leurs canaux excréteurs, la bouche même (Gampo), aussi bien que le liquide amniotique et tout le contenu de l'utérus. Or chez l'adulte il n'en est pas de même ; car, si d'après Claisse et Dupré les glandes annexes de la bouche sont normalement aseptiques, si la salive glandulaire aussi bien que la salive canaliculaire le sont également, la salive buccale comme la bouche elle-même sont septiques : d'ailleurs cette septicité est démontrée depuis longtemps et Leuwenhoeck, Robin, Rappin, Rasmussen, Pasteur, Miller, Rosenbach, Gallippe et Vignal, Biondi, Netter, sont ceux dont les noms doivent être cités sur cette question.

D'où vient ce contraste ? C'est que l'asepsie fœtale générale n'existe véritablement que tant que la poche des eaux n'est pas rompue. Dès que la cavité utérine est ouverte à l'extérieur, elle est exposée à la pénétration des germes et le chapitre du microbisme est ouvert.

Si donc, quoique Galippe ait démontré le parasitisme normal des canaux salivaires excréteurs, nous admettons l'asepsie des parenchymes glandulaires, nous devons admettre également l'existence d'une flore microbienne dans la

bouche après la naissance. En effet, la bouche du fœtus jusque-là garantie est, dès la rupture de la poche des eaux et le travail de l'accouchement, soumise à toutes les chances d'infection. Pendant l'accouchement, certaines manœuvres obstétricales, comme la manœuvre de Mauriceau, peuvent en être l'occasion, ou encore une vaginite maternelle. Après l'accouchement, ces causes d'infection se multiplient, et sans même invoquer la galactophorite évidente ou latente de la nourrice, l'air, le lait, les contacts apportent dans la bouche toutes les variétés des microorganismes. En effet, Bonnaire et Keim y ont décrit des formes cocci, diplocoques, streptocoques, staphylocoques et bacilles. Lewkowicz, outre les organismes plus élevés, comme les mucédinées par exemple, décrit 23 espèces dans la flore microbienne de la bouche du nouveau-né : en vérité on se demande avec Marfan si cette longue liste ne pourrait pas être un peu écourtée. Quoi qu'il en soit, nous voyons la richesse de cette flore buccale du nourrisson où se côtoient des formes et des espèces nombreuses : les anaérobies y sont même représentées, vivant dans la bouche, grâce aux replis de la muqueuse ou aussi à des symbioses avec des aérobies qui s'emparent de tout l'oxygène libre. Ces microbes varient évidemment de fréquence et de quantité suivant les saisons, suivant l'état du sujet, les cachectisés, les athrepsiques offrant un terrain plus favorable. Ils varient aussi de qualité suivant les conditions de milieu : c'est ainsi que les espèces pathogènes n'apparaissent que par exception, la plupart des espèces vivant en saprophytes. Leur virulence enfin varie considérablement : d'une façon générale Charrin déclare (*Semaine médicale*, 1892) que cette virulence n'est pas exaltée et qu'en dehors de certains cas il faut pratiquer et passages et cultures pour l'exalter. Remarquons d'ailleurs que cette exaltation de viru-

lence peut se produire d'une façon très aisée : par exemple un staphylocoque inoffensif existant dans la bouche d'un nourrisson, trouvant dans le lait de la mère un milieu favorable, détermine la production d'abcès du sein ou d'une galactophorite (qui peut passer inaperçue) et produit par contre-coup une stomatite diphtéroïde du nourrisson ou des accidents plus graves encore. D'autre part, les mêmes agents vivant habituellement en saprophytes peuvent revêtir une forme virulente et devenir pathogènes, soit du fait de leur origine (érysipèle en évolution par exemple), soit sous l'influence d'autres conditions : c'est ainsi que par cohabitation avec l'oïdium la virulence du staphylocoque s'exalte. D'ailleurs, le docteur Cyr Jeannin a publié dans l'*Obstétrique* de 1904 des recherches fort bien conduites dont voici les conclusions :

1° Lors de la naissance, la bouche est aseptique dans le plus grand nombre de cas.

2° Les microbes envahissent la cavité buccale dès les premières heures de la vie, avant même la première tétée. Les premières espèces apparues, toujours peu nombreuses, sont: streptococcus salivæ, staphylococcus parvulus, streptococcus aerobies micros.

3° Le commencement de l'allaitement amène une brusque éclosion de la flore buccale. Dans les heures qui suivent la première tétée, on rencontre 3 à 6 variétés de germes, tant aérobies qu'anaérobies.

4° Il existe une formule bactérienne à peu près fixe chez tous les enfants bien portants, quels que soient leur âge et leur mode d'alimentation. Dans chaque cas on trouve 4 à 6 espèces composées en majeure partie d'aérobies (pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, colibacille). Les

anaérobies, toujours peu nombreux, ne sont que peu vivaces et ne développent pas de gaz.

5° Près de cette formule bactérienne normale, il faut placer une formule pathologique. Les espèces microbiennes s'y montrent plus nombreuses, les colonies plus abondantes et plus vivaces, les anaérobies prennent une place importante, dans les cultures ils développent des gaz.

6° La richesse bactérienne est toujours poussée à l'extrême chez les enfants placés en couveuse.

La constance de l'envahissement de la cavité buccale après la naissance est donc démontrée et elle fera comprendre la pathogénie de certaines infections salivaires qui apparaissent en dehors de toute cause extrinsèque post-natale et qui peuvent être le point de départ de septicémies mortelles.

CHAPITRE III

Nous avons étudié l'appareil salivaire du nouveau-né au point de vue de son évolution anatomique et de sa physiologie, nous savons à quels agents infectieux il est exposé, il nous reste maintenant à expliquer son mode de résistance à l'infection, ses variations, le mécanisme de cette infection, la pathogénie de l'affection. Si nous examinons l'étiologie générale des infections salivaires, nous voyons que chez le nourrisson les obstructions salivaires n'existent pas, ni par tumeurs ni par corps étrangers ou calculs; il n'existe pas non plus de parotidites ou de sous-maxillites toxiques; les infections aiguës protopathiques simples ou fluxionnaires, et spécifiques ou ourliennes, ne nous intéressent pas : il ne nous reste que les infections aiguës deutéropathiques graves et les cachexies. Dès l'abord nous voyons les glandes salivaires constituées comme un organe relativement fermé et normalement aseptique communiquant avec un organe exposé et normalement septique : nous pouvons dire que l'infection sera toujours d'origine buccale; et en effet Claisse et Dupré l'ont démontré pour l'adulte. La voix suivie par l'infection est toujours la voie canaliculaire : en effet, la voie lymphatique conduit plutôt à l'adénophlegmon et la voie sanguine est rarement choisie même chez l'adulte. Donc toutes les conditions qui favorisent l'infection buccale favorisent aussi l'infection salivaire secondairement. Les autres con-

ditions favorisant la production de l'infection sont d'une façon générale toutes les causes de déchéance de l'organisme, qu'elles soient dues à une altération générale ou à une altération locale. Ce sera une maladie aiguë ou une pyrexie grave, créant des voies de préparation par altérations de tous ordres; ce sera un état infectieux chronique ou pseudo-infectieux, la syphilis, une cachexie résultant de l'athrepsie, d'un allaitement défectueux, d'une diathèse; ce sera enfin la débilité liée à la naissance prématurée. Comme altération locale c'est surtout le muguet qu'il faut avoir en vue : le cas de Brindeau est un exemple typique. D'ailleurs les deux ordres de conditions se trouvent parfois réunis sur le même sujet : c'est ainsi que le muguet se développe surtout chez les affaiblis, les débiles, les cachectisés. Voyons maintenant quelles sont les conditions que l'on a coutume de considérer comme devant s'opposer à l'infection : et c'est ici que nous allons voir l'importance des rapports entre le développement de la fonction salivaire et la possibilité de l'infection. Tout d'abord on nous parle du rôle antiseptique de la salive : et si cette action germicide est réelle pour Sanarelli, Miller, Albert Milles; Hugenschmidt la considère comme très problématique: peut-être doit-elle être rapportée non pas à la présence du sulfocyanure ou d'une autre substance, mais seulement à la faible virulence habituelle des microbes hôtes de la bouche, ou mieux encore à l'action phagocytaire des globules blancs présents dans la salive. Or nous savons que non seulement la production salivaire est très peu abondante pendant les trois premiers mois et la fonction peu active, mais encore les organes hématopoïétiques ne sont que rudimentaires, d'où faiblesse relative de la phagocytose : double motif d'affaiblissement de ce rôle microbicide de la salive, s'il existe. Les propriétés bactéricides

du mucus des glandules des canaux excréteurs sont également au moins hypothétiques; cette action semble plutôt due au renouvellement et à la chute des épithéliums, deux phénomènes liés à l'activité générale de la sécrétion salivaire et par conséquent réduits comme la fonction elle-même. L'action mécanique de balayage due au cours descendant de la salive, en sens contraire de l'ascension des migrations bactériennes, voit également son rôle fort diminué: la sécrétion étant si peu abondante que la bouche est sèche pendant les trois premiers mois. Il ne nous reste plus que les dispositions anatomiques protectrices : c'est ainsi que la position de l'orifice du canal de Wharton placé sous la langue au sommet d'une petite éminence, mieux baigné par la salive, peut être invoquée pour expliquer la plus grande rareté de la sous-maxillite. C'est ainsi que l'on peut aussi considérer comme condition de défense le long trajet du canal de Sténon, son passage à travers un muscle qui lui constitue une sorte de sphincter, sa double coudure, la direction oblique de son orifice buccal simulant une disposition valvulaire.

Ainsi donc, quoique ce soit une loi en pathologie générale que la réceptivité infectieuse d'un organe est proportionnelle à l'activité de son évolution physiologique, nous voyons que l'infection est dans une certaine mesure fonction inverse de la salivation. En effet, elle semble, en suivre les variations. C'est ainsi que vers le 5me mois, au moment de l'évolution dentaire où la salivation est abondante, on n'observe pas de parotidites ni de sous-maxillites. Et qu'au contraire les cas de diarrhée, de débilité, d'athrepsie, où la salivation diminue jusqu'à faire même complètement défaut, sont ceux où nous rencontrons ces affections. Enfin, si l'on veut bien remarquer à quel moment apparaît la parotidite ou la sous-maxillite, on

voit que c'est précisément à l'époque où la sécrétion est le moins active et surtout dans les premiers jours de la vie. C'est dans les deux cas de Chassande Baroz au 10me et au 17me jour: dans celui de Nobécourt et Roger Voisin au 11me; dans celui de Perrot au 3me; dans celui de Bonnaire et Keim au 5^{ne}; dans ceux de Demelin et Le Damany, de Bar et Daunay au 7me; dans ceux de Durante au 10me, au 15me, au 19me; les chiffres que je trouve dans mes observations sont un peu supérieurs: c'est 2 fois au 22me, au 30me, au 35me, au 45me jour. Cependant ces chiffres doivent être légèrement diminués, car le jour indiqué est celui où le diagnostic fut posé, l'affection existant déjà. D'autre part il faut remarquer que le milieu nosocomial favorise la production de toutes les infections par suite des dangers plus nombreux de contagion et de l'exaltation de virulence que peuvent facilement acquérir les agents septiques par passages sur des sujets différents. En somme moins l'âge est avancé et plus les chances d'infection sont grandes. Quant aux microbes trouvés dans le pus des parotidites et sous-maxillites, ce sont toujours des staphylocoques et des streptocoques seuls ou associés, avec parfois coexistence de saccharomyces albicans.

CHAPITRE IV

La symptomatologie est différente suivant que l'on considère la parotidite ou la sous-maxillite. En effet, la parotidite est constituée par une série de cloisons fibreuses très résistantes emprisonnant les lobules et donnant à cette glande une consistance fort dense et serrée. De cette disposition résulte deux conséquences : la première est que le pus ne se collecte pas en un foyer unique ; la seconde est qu'en cas d'inflammation et de suppuration il se produit un véritable étranglement et une fonte gangréneuse de l'organe. Aussi, cliniquement, même après que la suppuration est établie, ne sent-on pas de véritable fluctuation, le pus ne faisant pas saillie sur un point déterminé, mais seulement de l'empâtement de toute la région avec œdème s'étendant aux parties voisines. Pour la sous-maxillaire il n'en est pas de même : après une augmentation de volume appréciable de la glande, accompagnée de douleur à la pression, de l'œdème parait : la peau, primitivement normale d'aspect et mobile sur les plans sous-jacents, rougit et se tend en même temps qu'elle perd sa mobilité : on observe alors d'abord de la rénitence puis de la fluctuation franche. A ce moment le plancher buccal fait saillie et refoule la langue vers le palais ; la déglutition et la succion sont gênées à un point qui peut nécessiter l'emploi du verre et même de la sonde œsophagienne. Notons qu'il n'y a pas de signe de compression du

larynx, ni trouble de la voix, ni gêne de la respiration. Telle est pour chaque glande la modalité particulière de la symptomatologie. Mais toutes deux ont des symptômes communs. D'abord, à la période de début, tantôt l'affection s'installe presque sans phénomènes prémonitoires, sans température ni agitation, tout au plus le petit malade manifeste-t-il un peu d'inquiétude, pousse-t-il quelques cris causés par la douleur locale ; il a parfois quelques régurgitations, et, par suite de la participation gastro-intestinale, un peu de diarrhée. Parfois aussi les symptômes sont plus marqués et s'accompagnent d'une ascension de température. Puis la douleur locale s'accroit, et, symptôme capital, la pression fait sourdre du pus par le canal excréteur. A ce moment on a généralement de la température, des régurgitations fréquentes, des vomissements, de la diarrhée, de l'agitation, des troubles graves de la nutrition : le poids cesse de s'accroître ou diminue. Quand ces phénomènes généraux et en particulier la température manquent, il faut attribuer leur absence à la faiblesse du petit malade, débile, cachectique ou athrepsique. D'ailleurs, le plus souvent les phénomènes s'aggravent rapidement, la dénutrition s'accentue ; localement le pus peut se faire jour vers les régions voisines, il fuse vers le cou, crée de vastes décollements ; l'infection se généralise. La marche est hâtive et la mort est la terminaison habituelle. Tantôt elle survient rapidement, il y a septicémie suraiguë. Tantôt les phénomènes traînent plus en longueur, on assiste à l'évolution d'une véritable pyosepticémie d'origine salivaire avec foyers purulents disséminés, avec ostéomyélite même comme dans mon observation V. La lésion locale peut guérir et la mort survenir quand même du fait de la cachexie (cas de Bar et Daunay). La guérison est rare (cas de Perrot, mon observation V).

Ajoutons que la lésion est le plus souvent unilatérale, la bilatéralité est l'exception : une seule glande est généralement atteinte.

Le diagnostic est aisé : on ne peut confondre une parotidite ou une sous-maxillite aiguë avec les oreillons, la rétention salivaire, l'adéno-phlegmon, la grenouillette, le phlegmon de la séreuse de Fleishmann. D'ailleurs, l'issue du pus par le canal excréteur, déterminée par la pression sur la région malade, lèverait tous les doutes.

CHAPITRE V

Le pronostic est tout particulièrement grave ; il varie évidemment avec la résistance du petit malade, mais nous savons combien le plus souvent cette résistance est limitée ; il s'agit presque toujours d'organismes affaiblis. C'est d'ailleurs aussi la raison pour laquelle le traitement est difficilement conduit avec la sévérité qui conviendrait. Tout d'abord, au point de vue prophylactique, on veillera à la propreté minutieuse de la bouche des nourrissons : surtout s'il s'agit de débiles, de prématurés, d'athrepsiques. Toute infection buccale sera soigneusement traitée, le muguet en particulier, et on prendra garde en opérant le nettoyage de la bouche de ne pas produire de lésion de la muqueuse. En cas d'allaitement artificiel, toutes les précautions seront prises pour assurer l'asepsie du lait et des récipients qui le contiennent : il importe que chaque enfant ait sa téterelle. Enfin, si l'infection salivaire est déclarée, on isolera le petit malade et on l'ôtera pour quelques jours à sa nourrice pour éviter la production d'une galactophorite toujours possible. Lorsque l'inflammation de la glande n'est qu'à son début, les pansements humides chauds sur la région, joints à l'antisepsie buccale, sont suffisants. Mais lorsque la suppuration est établie, que convient-il de faire ? Peut-on se contenter d'adjoindre au traitement précédemment indiqué l'expression de la glande, ayant pour but d'évacuer le pus

par la voie naturelle du canal excréteur, ou bien doit-on recourir à l'incision ? La question paraît jugée : l'expression est un procédé douloureux et insuffisant, elle paraît plutôt défavorable et d'Astros y a renoncé : Chassande Barroz, d'ailleurs, qui a appliqué la méthode avec rigueur, avoue qu'au bout de deux heures le volume de la sous-maxillaire traitée par l'expression est redevenu le même : il faut donc toutes les deux heures recommencer cette pénible manœuvre, au lieu que le bistouri permet une évacuation rapide, complète et sans danger qu'un simple drainage prolongera jusqu'à guérison. Quels sont, en effet, les dangers du bistouri ? La perte de sang, le choc opératoire, le danger de couper le facial pour l'incision de la parotidite : tous ces risques seront absolument supprimés si l'on a la précaution de faire une incision très petite d'un centimètre au maximum et n'intéressant que la peau ; forçant ensuite une pince hémostatique fermée à travers les tissus jusqu'au foyer purulent, on la retirera en l'ouvrant : on aura ainsi créé sans perte de sang une large voie d'évacuation. Afin d'éviter le facial, la petite incision pour la parotidite sera faite horizontalement et au point le plus déclive immédiatement en arrière du gonion. Pour la sous-maxillite, la voie buccale est insuffisante et dangereuse : le drainage se fait mal et les risques d'infection sont augmentés : une incision cutanée est nécessaire. Ajoutons enfin que l'incision sera toujours précoce dans tous les cas : et je rappelle que pour la parotidite on n'attendra pas la fluctuation, celle-ci ne se produisant jamais à cause de la constitution de la glande.

OBSERVATIONS

Observation I

(Due à M. le professeur D'ASTROS)

L'enfant n° 29.829, du sexe masculin, né à terme à la Maternité de parents inconnus le 7 février 1902, entre dans le service le 25 ; il est en bonne santé et pèse 3.700 gr. On le met au biberon.

4 mars.— L'enfant a diminué de 100 grammes ; il présente un peu de muguet et de la diarrhée. On le met à la diète hydrique pendant 24 heures.

5. — Tout étant rentré dans l'ordre, on confie l'enfant à une nourrice.

12. — L'enfant a encore diminué de poids (3.150 grammes). On note au niveau de la loge sous-maxillaire gauche une légère tuméfaction.

Le diagnostic de sous-maxillite se confirme bientôt et le 15 mars la pression au niveau de la loge sous-maxillaire détermine l'issue du pus dans la bouche par le canal de Wharton.

20. — Incision cutanée déterminant l'issue d'un pus abondant. Drainage.

23. — L'écoulement du pus est moins abondant, la plaie est anfractueuse et décollée.

25. — État général et local stationnaires. Le poids se maintient à 2.950. On voit apparaître sur l'abdomen de petites taches ecchymotiques.

26. — Les ecchymoses semblent augmenter légèrement. La température monte à 38°. Des convulsions apparaissent qui cèdent aux bains chauds et au chloral administré en lavement.

27. — Etat stationnaire. On administre 0 gr. 05 de calamel. Dans la nuit du 29 au 30, l'enfant a encore des convulsions, et succombe à deux heures du matin.

Observation II

(Due à M. le professeur d'Astros)

L'enfant n° 30.647, du sexe féminin, né en ville avant terme, de parents inconnus, le 22 décembre 1902, entre dans le service le 3 janvier 1903. Il ne pèse que 1.700 grammes. Syphilis. Muguet.

5 février. — Parotidite à gauche.

6. — Mort à 3 heures après-midi.

Observation III

(Due à M. le professeur d'Astros)

L'enfant n° 31.128, du sexe féminin, né en ville avant terme, de parents inconnus, le 11 juin 1903, entre dans le

service le 23 juin. Il ne pèse que 1.700 grammes ; on le nourrit au biberon d'abord, et le 30 on lui donne une nourrice.

3 juillet. — Gonflement et rougeur de la région parotidienne gauche. La pression provoque l'issue du pus dans la bouche par le canal de Sténon.

7. — On pratique une incision qui détermine l'issue d'un pus abondant.

14. — On note une communication du foyer purulent avec le conduit auditif externe.

25. — L'état local semble s'améliorer, mais l'état général décline.

26. — Décès.

Ce processus inflammatoire si intense qui aboutit à la fonte purulente de toute la parotide avec fusées dans le cou ne s'est jamais accompagné d'élévation de température.

Observation IV

(Due à M. le professeur d'Astros)

L'enfant n° 30.306, du sexe masculin, né en ville de parents inconnus, le 16 août 1902, entre dans le service le 26 août. Il est chétif et ne pèse que 2.600 grammes. Il est mis au biberon en observation, car diverses lésions cutanées et en particulier de petites ulcérations sur la lèvre inférieure font penser à la syphilis.

Le 8 septembre, l'enfant présente une tuméfaction de la région sous-maxillaire droite qui s'accompagne d'une température de 38° et qui augmente bientôt.

Le 10, la température est à 40°, l'état général est grave ;

les extrémités sont cyanosées; le pus s'est fait jour vers le plancher buccal et s'écoule assez abondant. L'auscultation et l'examen somatique ne révèlent rien. L'état général s'aggrave les jours suivants. On note de la conjonctivite et du sclérème. Les extrémités se refroidissent, la température centrale tombe, la respiration s'affaiblit et le décès se produit le 12 à huit heures du soir.

L'autopsie révèle une broncho-pneumonie.

Observation V

(Personnelle)

L'enfant n° 32.811, né le 17 mars 1905, entre dans le service le 24 mars. Il pèse 3.000 grammes et ne présente aucun antécédent : pas de muguet.

10 avril. — On note du gonflement de la parotide droite : la pression fait sourdre par le canal de Sténon une goutte de pus. L'ensemencement est pratiqué par les soins de mon excellent ami et collègue d'internat Giraud avec les précautions d'usage : après 24 heures à l'étuve à 38°, l'examen des cultures montre des streptocoques et des staphylocoques nombreux.

13. — Gonflement énorme de la région parotidienne droite empiétant sur les régions voisines et obturant le conduit auditif externe. La bouche ne présente pas de muguet, pas de réaction acide au tournesol; la muqueuse est sèche est rouge; la face interne de la joue gauche présente de la desquamation épithéliale. La pression fait toujours sortir du pus par le canal de Sténon.

On pratique l'expression et on fait des pansements humides.

14. — Quoiqu'il n'y ait pas de fluctuation, et comme les phénomènes ne s'amendent pas, on pratique une ouverture prudente en arrière du gonion; le pus s'écoule. On confie l'enfant à une nourrice. Le soir, 38°.

15. — Température 38°4. L'œdème local persiste. Le poids est tombé à 2.100 grammes.

20. — Il n'y a plus de température. Le poids s'élève à 2.500 grammes. L'état local est bon, l'inflammation a disparu. La bouche est humide et non plus sèche et desquamée.

25. — L'amélioration continue. Le poids est à 2.650 grammes.

26. — Rougeur et œdème à la région claviculaire gauche.

27. — La température monte.

28. — Ostéomyélite de la clavicule gauche. On pratique une incision sur la clavicule, suivie d'un lavage.

30. — La température baisse. Le pus continue à s'écouler, jaune et fétide, cependant il y a une légère amélioration de l'état général.

2 mai. — Le poids est à 2.700 gr., accru par conséquent.

Les jours suivants, quoiqu'il n'y ait pas de réascension de la température, l'état général devient moins bon.

10. — Le poids baisse à 2.600 gr. La parotide est en voie de guérison : on sent encore une tumeur du volume d'une amande, mais l'état général est moins satisfaisant. D'ailleurs le pus de la clavicule s'évacue mal.

15. — Etat stationnaire. Température 37°8. La parotide est presque guérie, il n'y a plus qu'une petite plaie cutanée sans profondeur ni décollement.

Sur la clavicule gauche la peau est rouge et tendue sans mobilité : à travers les téguments épaissis la clavicule parait

deux fois plus volumineuse que celle du côté sain. Le stylet introduit par la plaie conduit sur l'os dénudé. Le pus s'écoule mal et fait saillie à la région deltoïdienne.

De plus, sous le deltoïde du côté opposé on note également une collection du volume d'une amande.

16. — Incision de cet abcès. On pratique également à gauche une contre-ouverture à la région deltoïdienne pour faciliter l'écoulement du pus d'origine claviculaire.

17. — T. 38°.

Les jours suivants : Température normale. L'enfant prend bien le sein, le poids augmente de 50 gr.

24. — La parotide est complètement guérie : la plaie cutanée est cicatrisée. A l'épaule droite la cicatrisation s'opère, à l'épaule gauche le pus est toujours abondant.

26. — A droite la plaie est cicatrisée, à gauche état stationnaire.

6 juin. — Pas de température, le poids est à 2.700 gr. : l'épaule gauche suppure toujours.

7. — Résection complète sous-périostée de la clavicule gauche. Le soir, température 39°.

8. — T. 38°.

9. — T. 37°.

L'état général s'améliore.

14. — La température ne s'est plus élevée, la plaie a fort bel aspect, la suppuration est peu abondante, la guérison est certaine. L'état général est très bon ; l'enfant tète bien ; toutes ses fonctions s'opèrent bien, le visage se colore. Enfin le poids est à 2,800 gr.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Les traités classiques de Pathologie, d'Anatomie et de Physiologie.

Les Dictionnaires.

NOBECOURT et ROGER VOISIN. — Société de Pédiatrie de Paris, 16 juin 1903.

BRINDEAU. — Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 16 avril 1896.

BRINDEAU. — Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, nov. 1899.

DEMELIN et LE DAMANY. — Revue obstétricale internationale, 1896.

BONNAIRE et KEIM. — De l'infection canaliculaire de la parotide (Presse médicale, 1er août 1900).

PERROT. — Infection de la parotide chez le nouveau-né (Thèse Paris, 1901).

BAR et DAUNAY. — Annales de la Société obstétricale de France, 1901-1902.

CYR JEANNIN. — La Flore microbienne de la bouche des nourrissons (L'Obstétrique, 1904).

CHASSANDE BAROZ. — Infections des glandes sous-maxillaires chez le nouveau-né (Thèse Paris, 1899).

SANCHEZ DE SILVERA. — Thèse Paris, 1894.

CLAISSE et DUPRÉ. — Les infections salivaires (Archives de Médecine expérimentale, 1894).

BIERRY. — Recherches sur les ferments de l'embryon (Société de biologie, 13 déc. 1900).

ZWEIFEL. — Untersuchungen über den Verdauungsapparat der Neugeborenen (Berlin, Hirchwald, 1874).

N. LEWKOWICZS. — Recherches sur la Flore microbienne de la bouche des nourrissons (Archives de Médecine expérimentale, sept. 1901).

VOGEL. — Traité de Physiologie et de Pathologie du premier âge.

Girode. — Infections salivaires ascendantes (Soc. de Biologie, 13 janv. 1894).

Gautier. — Revue médicale de la Suisse romande, 1883.

Gampo. — Les microorganismes de la bouche des nouveau-nés (La Pediatria, août 1899).

Damourette. — Affections des nourrissons consécutives à la galactophorite de la nourrice (Thèse Paris, 1895).

Durante. — Trois faits d'infection des glandes salivaires chez le nouveau-né débile (Société obstétricale de France, 1905).

D'Astros. — Infections cutanées chez le nourrisson (Archives de Médecine des Enfants, février 1905).

Vu et approuvé :
Montpellier, le 17 juin 1905
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 17 juin 1905.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!